

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1956

677

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

par

LOUSSOUARN Dominique-François-Joseph-Marie

Né le 30 Janvier 1927 à : LE MANS

Présentée et soutenue publiquement le

1956

**A PROPOS DES EPITHELIOMAS A STROMA REMANIE
DE LA MUQUEUSE BUCCALE**

Président : M. DECHAUME, Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1956

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

L O U S S O U A R N Dominique-François-Joseph-Marie

Né le 30 Janvier 1927 à : LE MANS

Présentée et soutenue publiquement le 1956

A PROPOS DES EPITHELIOMAS A STROMA REMANIE

DE LA MUQUEUSE BUCCALE

Président : M. D E C H A U M E, Professeur.

Imprimé par : Maison du Duplicateur - 50, rue du Pré Botté - RENNES

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(spécialité de ...)

par

LOUIS ROUAIN, Docteur en Médecine - Joseph-Maria

Mémoire de ...



Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DES ...

DE LA ...

Président : M. ...

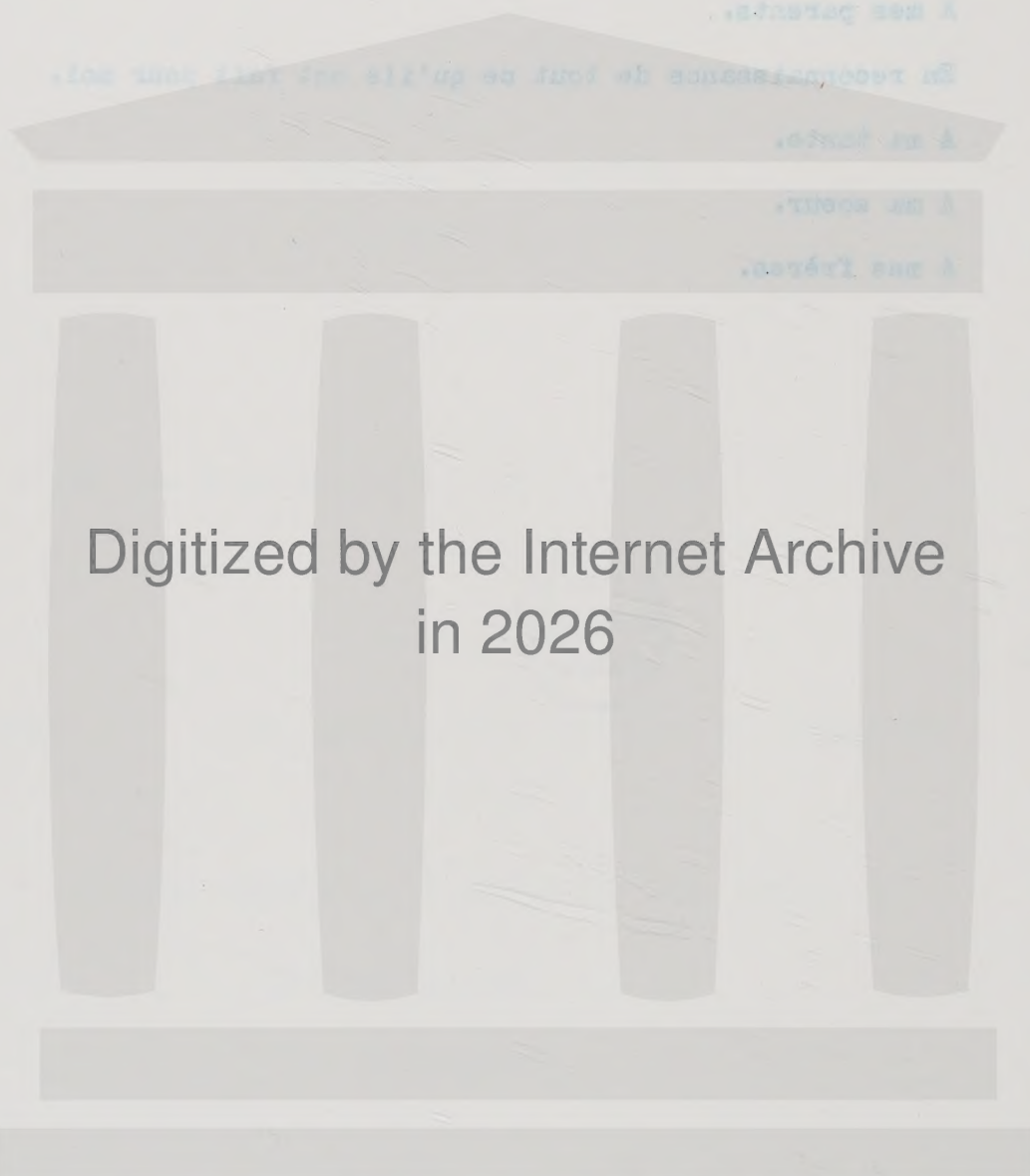
A mes parents.

En reconnaissance de tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A ma tante.

A ma soeur.

A mes frères.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555825_0061

A Monsieur le Batonnier et Madame Chaplet

en témoignage de notre affectueux attachement.

A notre Maître et Président de thèse.

Monsieur le Professeur Dechaume.

Professeur de clinique stomatologique
de la Faculté de Médecine de PARIS
Stomatologiste des Hôpitaux de PARIS
Officier de la Légion d'Honneur
Médaille Militaire
Croix de Guerre 1914-1918.

Il nous a fait le grand honneur de nous confier le sujet
de cette thèse et d'en accepter la présidence.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre
profonde gratitude pour le bienveillant accueil qu'il nous
a réservé dans son service ainsi que pour les conseils
éclairés et les encouragements qu'il n'a cessé de nous
prodiguer.

A Monsieur le Docteur Cauh  p  

Chef de Travaux à la Faculté de Médecine de PARIS

Stomatologiste de l'Hôpital Bretonneau

Professeur d'Orthopédie dento-faciale à l'Institut
de Stomatologie de la Faculté de Médecine de PARIS.

Il nous a appris les grands principes de l'orthopédie
dento-faciale en nous faisant partager son expérience.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre
reconnaissance pour le dévouement qu'il nous a témoigné.

A Monsieur le Docteur Payen

Chef des Laboratoires de la Faculté de Médecine de PARIS

Il nous a guidé avec tant de bienveillance dans la
réalisation de ce travail.

A nos Maîtres des Hopitaux de PARIS.

Monsieur le Docteur Lacronique

Monsieur le Docteur Omnes

Monsieur le Docteur Béal

Stomatologistes des Hôpitaux.

A nos Maîtres de l'Institut de Stomatologie
de la Faculté de Médecine de PARIS.

Ils nous ont appris à exiger la perfection dans le travail.

Nous leur exprimons notre vive reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Lamache
Doyen de la Faculté de Médecine de RENNES.

A mes Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté de
Médecine de RENNES.

Monsieur le Docteur Pelé

Monsieur le Docteur Marquis

Monsieur le Docteur Pailheret

Monsieur le Docteur Legal La Salle

Monsieur le Docteur Tannou

Monsieur le Docteur Duchêne

A Monsieur le Docteur J. Hatziotis
de la Faculté de Médecine d'Athènes

INTRODUCTION

Le terme de tumeur mixte sert universellement à désigner de petites néoformations développées le plus souvent à partir des glandes salivaires. Ces néoformations bien limitées sont considérées comme des lésions bénignes qui justifient une thérapeutique locale à minima. Cependant d'après la majorité des auteurs elles récidivent dans un nombre important de cas, trente pour cent en moyenne et il n'est pas exceptionnel de noter la présence de "métastases".

Roger Leroux a anatomiquement démontré qu'il existait toutes les formes de transition entre tumeur mixte pure, tumeur myo-épithéliale et cylindrome et il a désigné ces lésions sous le vocable d'épithéliomas à stroma remanié. Or, si l'unité anatomique se vérifie journellement par l'examen des coupes histologiques il existe cliniquement deux types évolutifs bien particuliers : les tumeurs mixtes pures et les cylindromes (nous n'avons jamais observé de tumeur à cellules myo-épithéliales).

Au cours de notre séjour chez le Professeur Dechaume il nous a été possible d'observer plusieurs cas de tumeurs mixtes développées dans la cavité buccale à partir des glandes salivaires dites mineures ou accessoires". En reprenant les observations de ce service et en reconvoquant les malades il nous a paru intéressant de noter certains caractères évolutifs et de vérifier l'efficacité de la thérapeutique proposée antérieurement.

Le but de ce travail est de reprendre ces observations de tumeurs mixtes de la cavité buccale et de distinguer essentiellement les deux types lésionnels "tumeur mixte" d'une part et cylindrome d'autre part; dans le groupe des cylindromes doivent être comprises les tumeurs mixtes présentant des plages cylindromateuses qui ne sont que des formes de transition anatomique, mais qui cliniquement se comportent comme des cylindromes. Ces deux formes d'épithéliomas à stroma remanié nécessitent en effet des thérapeutiques différentes.

OBSERVATIONS

Observation n° 1

Mme L 29 ans

Cylindrome de la lèvre supérieure droite (tumeur mixte cylindromateuse) Ex. histo : N° 27004 (Pr. Delarue)

Vient consulter le 4.1.1949 envoyée par son dentiste pour une petite tumeur de la lèvre supérieure droite. Elle l'a découverte par hasard il y a trois ans parce qu'elle se mordillait la lèvre. Depuis la tumeur n'a pas changé de volume et ne s'accompagne d'aucune gêne ni douleur.

Chez cette jeune femme, il faut palper la lèvre supérieure droite pour découvrir sur son versant muqueux au 1/3 moyen un petit module indolore de la grosseur d'un noyau de cerise, mobile sur les plans profonds et la muqueuse. Il ne s'accompagne d'aucune adénopathie.

Nous conseillons à la malade l'ablation suivie d'examen histologique en portant un diagnostic favorable.

Le 14.1.49 sous anesthésie locale, après incision en biseau de la muqueuse dans le sens sagittal, le nodule est facilement énucléé; suture par points séparés, opération simple.

Notre surprise est grande à la lecture du résultat de l'examen histologique: en effet il s'agit d'un cylindrome. Une radiographie pulmonaire ne montre aucune métastase. Nous demandons au Dr Baclesse d'instituer un traitement radiothérapique en mars 1949.

Examen histologique pratiqué par le professeur Delarue le 18.1.49

"Cette pièce opératoire comprend sous une muqueuse malpighienne un peu hyperplasique un petit foyer tumoral arrondi, gros comme un pois, parfaitement limité et englobé par des lobules glandulaires muqueux normaux. C'est une tumeur épithéliale représentée par quelques groupements tubulo-glandulaires à double assise, plus souvent par des cordons cellulaires pleins formés d'éléments cubiques et anastomosés en réseaux. La substance fondamentale conjonctive est parfois collagène, parfois mucoïde, plus souvent hyaline et réalise en beaucoup de points l'aspect d'un cylindrome ou d'un pseudo cylindrome hyalin.

Cette tumeur réalise la structure d'une tumeur dite mixte, dont le développement aux dépens d'un lobule des glandes salivaires de la lèvre est évident.

Dans cet épithélioma à stroma remanié c'est la structure du cylindrome qui est dominante.

Dr BACLESSE

Le 11.6.49 après radiothérapie : je viens de revoir la malade qui a terminé son traitement. On palpe encore un minuscule noyau du

volume d'une tête d'épingle, en voie de régression.

Le 13.6.50 : Je viens de revoir la malade au petit cylindrome de la lèvre supérieure droite. De ce côté tout va bien. Enceinte de cinq mois la malade présente actuellement une paralysie récurrentielle gauche pour laquelle son médecin traitant nous a demandé une exploration de médiastin.

On ne trouve rien pour expliquer cette paralysie dont la cause échappe.

Le 28.10.50 : Va bien.

Le 28.10.52 : Va bien.

Observation n° 2

Melle P.- Tumeur du palais : type cylindromateux.

8.4.54

Malade présentant une tuméfaction palatine droite indolore, importante, découverte par hasard au cours de soins dentaires.

Une biopsie a été pratiquée à TROYES.

Compte-rendu : fait par Melle Gauthier-Villars qui nous a prêté le bloc. Coupe lue par le Docteur Payen :

"Ce petit fragment est essentiellement constitué par un tissu conjonctif scléreux, de nombreux capillaires. En surface l'épithélium est légèrement hyperplasique et présente une tendance à la parakératose.

Cette image est celle d'un processus hyperplasique banal, fibrome ou réaction autour d'une lésion plus profondément située.

Aucun signe histologique de malignité sur la coupe examinée".

Le 8/4/54 cette malade nous est adressée pour extirpation de cette tumeur du palais droit qui présente des hémorragies.

La radiographie ne montre rien.

Le 13/5/54 - intervention sous nargénoïl - excision de la tumeur sans suture.

Le 19/5/54 - compte rendu histologique (Docteur Payen).

"Sous une muqueuse évoluant vers une discrète parakératose, au contact de glandes salivaires séro-muqueuses, existe une prolifération tumorale. Il s'agit d'une masse lobulée essentiellement constituée de lobules épithéliaux dont le centre présente un remaniement hyalin. L'ensemble réalise l'aspect d'un cylindre qui semble dépasser latéralement les limites de la préparation.

Il s'agit d'une tumeur mixte un peu particulière, d'un cylindre dont on connaît les réserves pronostiques".

Le 20/5/54 - Adressée au Docteur Baclesse pour radiothérapie.

Le 18/6/54 - Radiothérapie commencée.

Le 23/6/55 - Malade vue un an après traitement. Cicatrisation parfaite sans trace visible.

Le 1/2/56 - Revu la malade - va bien.

Observation n° 3

Mme F.R. - examen histologique 14.111 .

Cylindrome de la partie postérieure du plancher.

Le 29/9/51 - âgée de 56 ans. Femme de ménage envoyée par son dentiste pour une névralgie de l'hémiface droite.

Le début de la maladie remonte à une quinzaine de mois. La malade ayant subi l'extraction de la dent de 6 ans inférieure droite.

Extraction probablement incomplète, car au mois de Juillet 1950, on réintervient et on enlève une racine qui était restée dans l'alvéole. Cette racine portait un granulome.

Le dentiste a fait un nettoyage de l'alvéole et mis un pansement destiné à s'éliminer tout seul.

Partie en vacances, la malade revient souffrant toujours. Elle est opérée d'une ostéite en septembre.

Les douleurs persistent. Un stomatologiste de St-Germain-en-Laye pratique l'extraction de la dent de sagesse inférieure droite saine, suivie d'une série de rayons X (6 séances).

Amélioration passagère, puis reprise de douleurs à type de fourmillement dans l'hémiface droite.

En Mai 1951, la malade consulte à l'hôpital de Suresne où le Docteur Ginestet pratique une alcoolisation dans le palais et probablement au niveau du nerf dentaire inférieur.

Puis, survient une hémorragie au niveau de l'alvéole de la dent de sagesse extraite.

La malade est envoyée par le Docteur Ginestet chez le Docteur Caudan afin de pratiquer une radio intrabuccale. La radiographie montre une décalcification du maxillaire inférieur.

Un traitement est institué à base d'acide phosphorique? Cependant des troubles oculaires existent depuis quatre mois, soignés par des injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Le 29/9/51 - La malade se plaint de douleurs continuelles aussi bien le jour que la nuit la forçant à user d'antalgiques à tout instant. Douleurs localisées à l'hémiface droite, maxillaire inférieur et maxillaire supérieur.

Se plaint également de douleurs oculaires.

A l'examen existe une assymétrie faciale, due à une tuméfaction de l'hémiface droite, génienne et nasogénienne. Les téguments qui la couvrent sont normaux.

La palpation met en évidence une tuméfaction de la région sous-maxillaire droite. La table externe donne à l'examen une impression d'empatement osseux au niveau de la branche horizontale.

Il n'existe pas d'adénopathie.

Par contre l'examen de la sensibilité tegumentaire objective une anesthésie dans le territoire du nerf sous orbitaire et sus orbitaire, du nerf mentonnier.

L'abaissement de la mandibule est limité à trois centimètres. La malade est édentée de la deuxième prémolaire à la dent de sagesse, on note de plus une soufflure de la table externe.

L'alvéole de la dent de sagesse ne s'est pas refermé et saigne à l'examen.

L'examen montre à ce niveau une tumeur de consistance ferme dure même, saignant au contact. Le reste de la muqueuse est normal ainsi d'ailleurs que la denture.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un cylindrome développé très probablement au niveau d'une glande salivaire de la muqueuse buccale.

La tumeur touche actuellement l'os et plus particulièrement l'angle de la branche montante, ainsi que la partie adjacente de la paroi postéro-externe du sinus maxillaire.

Malade adressée au Docteur Baclesse - Tumeur irradiée.

Observation n° 4

Mme P. 60 ans

Vient consulter le 7 Mai 1953. En 1941 apparition d'une tuméfaction du plancher buccal absolument indolente. Ablation de la tumeur en octobre 1942.

Un an après l'intervention, réapparition de la tuméfaction. Consulte à l'hôpital Lariboisière en 1948. Réintervention et immédiatement après dix séances de Rayon X sans pouvoir préciser la dose. Depuis cette date, la tuméfaction augmente de volume, est devenue douloureuse à la pression. Il n'existe aucune gêne à l'ouverture et à la fermeture de la bouche.

Déformation du côté gauche, coloration normale des téguments, pas d'augmentation de la chaleur locale.

Le palper bi-digital à gauche révèle : une masse dure, ligneuse, ne faisant pas corps avec l'os, située au bord inférieur et à la face interne de la mandibule. Elle en est séparée par un sillon et remonte en arrière de l'angle. En avant elle atteint le 1/3 antérieur de la mandibule. Superficiellement à cette masse, on palpe des ganglions sous-maxillaires petits, durs, roulant sous le doigt, non douloureux. La peau qui la recouvre est mobile.

Il n'existe pas d'adénopathie jugulaire.

Malade totalement édentée.

On pratique une radiographie pulmonaire le 20 avril 1953 qui montre une image en "lâcher de ballons".

Biopsie exérèse le 20 Mars 1953.

La pièce opératoire est constituée de plusieurs lobules tassés les uns contre les autres au centre, avec en périphérie quelques lobules plus petits séparés par un conjonctif scléreux. Toutes ces formations sont constituées de cellules indifférenciées en formations arrondies, creusées au centre d'une cavité occupée par une masse hyaline.

Aspect d'un cylindrome développé aux dépens de glandes salivaires de la muqueuse buccale.

Observation n° 5

Tumeur mixte du plancher.

Mme M. 69 ans - récidive : cylindrome.

Se présente le 5 Juin 1937 à la consultation de stomatologie de St-Louis (Dr Schaeffer) pour une tumeur localisée au niveau du plancher buccal du côté gauche. La malade en avait constaté l'existence pour la première fois il y a 4 ans. Depuis elle a augmenté progres-

sivement de volume sans jamais s'accompagner de phénomènes douloureux.

Elle occasionne simplement une gêne de la mastication et trouble la stabilité de l'appareil de prothèse.

Chez cette malade, de bonne santé apparente, édentée complète du bas, on découvre facilement, après ouverture de la bouche, du côté gauche et à la partie postérieure du plancher, une masse du volume d'une olive (deux centimètres de long sur un centimètre de large), Recouverte par une muqueuse d'aspect normal, plaquée sur la table interne de la branche horizontale de la mandibule, dans la région molaire, elle glisse facilement sur les plans osseux et disparaît à la moindre pression dans la région sous-maxillaire, derrière le bord postérieur du mylohyoïdien. Il faut alors la chasser par une pression, ou que la malade fasse des mouvements pour la voir reparaître. Elle est indolore, de consistance rénitente dans son ensemble, dure en certains points, notamment à l'extrémité postérieure.

L'ostium du canal de Wharton est normal.

L'examen est par ailleurs complètement négatif.

Une radiographie ne montre rien, on tente une injection de lipiodol dans le canal : le liquide passe difficilement; une radiographie intra-buccale dans le plan occlusal ne montre pas d'arrêt du lipiodol. Je n'ai pu faire de radiographie extrabuccale.

Une ponction est négative.

Devant es renseignements, il semble qu'on puisse éliminer le diagnostic de lithiase pour arriver à celui de tumeur mixte.

Le 8 Juin 1937, intervention sous anesthésie du lingual après incision de la muqueuse, suivant l'axe de la tumeur je clive facilement la masse de la muqueuse. Le clivage se poursuit avec la même facilité en avant, en arrière et en dehors. Mais du côté interne elle adhère assez fortement au canal de Wharton, dont il faut la séparer au bistouri. Je termine par une suture.

Suites opératoires simples.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur mixte typique. On trouve, en effet, toutes les transitions entre des cordons épithéliaux pleins, des formations acineuses à contenu mucoïde et un tissu conjonctif, myxoïde en certains points, scléreux en d'autres.

Cette tumeur ne présente aucun signe de dégénérescence (Laboratoire du Dr Civatte - Melle Dobkevitch).

Au 11/10/1937 la guérison se maintient.

Le 21/9/1944 la malade revient consulter parce que la tumeur s'est développée à nouveau depuis un à deux ans, sans aucun signe fonctionnel.

L'examen découvre une tumeur ayant exactement les mêmes caractères que celle extirpée en 1937. Il n'y a aucune adénopathie.

En raison de l'âge de la malade (76 ans), qui par ailleurs n'a pas un très bon état général, je conseille l'expectative.

Le 3/10/1945, je revois la malade pour une question dentaire : la tumeur n'a pas augmenté de volume.

Le 20/Novembre elle revient avec une ulcération sur le bord gingival creusée au centre de tissus durs; il existe un ganglion sous maxillaire parfaitement mobile.

Le 29/11/1945 je l'adresse à l'Institut Curie.

Une biopsie est faite par le Docteur Roux Berger.

Le 4/12/1945, l'examen histologique fait par le Docteur Gricouroff indique cylindrome.

Le 18 Décembre un traitement roentgenthérapique est commencé. L'examen radiographique montre des métastases pulmonaires volumineuses (moitié inférieure de la région pulmonaire) nettement limitées en "lacher de ballon".

Le 26 Décembre 1945, un examen radiographique du tube digestif montre une niche de la face postérieure de l'estomac, d'aspect suspect d'épithélioma.

Le 13 Avril 1946, la tumeur irradiée a nettement diminué de volume, on envisagerait de continuer les irradiations, s'il n'y avait pas les métastases signalées.

L'examen radiographique montre une image pulmonaire identique à celle de Décembre.

Observation n° 6 - 1949

M. B - 40 ans - 1942 - Tumeur mixte du palais droit.

Vient consulter pour une tuméfaction découverte vers 1942, par hasard. Depuis cette date, il ne s'en est pas inquiété, elle n'a pas grossi, elle ne s'est pas accompagnée de douleur ni de troubles fonctionnels.

En Janvier 1949, il va voir un chirurgien dentiste pour faire extraire des racines de G.7. Celui-ci voit la tumeur, fait une ponction, cherche, demande une radio qui ne montre rien. Le radiologue fait une pointe de feu qui donne issue à du sang. Les radiographies ne montrent aucune lésion osseuse ni dentaire. C'est alors que le chirurgien dentiste nous l'adresse.

A l'examen exobuccal, rien d'anormal, pas d'adénopathie, ni de troubles de la sensibilité. Immédiatement après l'ouverture de la bouche on découvre à la partie postérieure du palais, dur à droite, recouverte par une muqueuse d'aspect et de coloration normaux (hormis la cicatrice de la pointe de feu), une tumeur du volume d'une cerise en regard de D. 7.

La denture est bien entretenue, bridge supérieur droit D7, D8 - intermédiaire D4, D6 solidement fixé sur des dents qui ne sont pas mobiles ni douloureuses.

2 Mai 1949, envoyé au Docteur Baclesse.

Qui répond : "J'ai vu Monsieur B. qui porte évidemment une tumeur mixte du palais osseux. Je ferai faire une biopsie.

S'il ne s'agit pas d'une tumeur mixte à proprement parler mais d'un cylindrome, les rayons sont formellement indiqués. Dans le cas d'une tumeur mixte du palais osseux, les indications radiothérapiques sont infiniment moins nettes par suite de la radio-résistance de ces tumeurs".

Le 19 Octobre 1949. A eu une série de rayons terminée en Août.

Revient aujourd'hui : Pas de diminution de volume. Tumeur molle (dimensions d'une cerise).

Renvoyé à Baclesse pour nouvelle série.

29 Novembre 1949 - Réponse de Curie : M. B vient de terminer sa deuxième série d'irradiations. Il sera revu dans 6 Semaines. On peut compter sur une lente régression et il n'y a pour l'instant qu'à surveiller le malade.

29 Mars 1950 - Curie : "Je viens de revoir le malade M. B. : La tumeur est stabilisée".

2 Décembre 1955 - Curie : "La tumeur irradiée il y a 6 ans. L'état est sensiblement stationnaire, ni augmentation, ni regression.

Observation n° 7

M. F. vient consulter le 31 Janvier 1955 pour une tumeur d'apparence bénigne de la région palatine en regard de G 6 et G 7, du volume d'une noix.

On pratique un prélèvement biopsique.

Le prélèvement intéresse plusieurs fragments; deux sont constitués par la muqueuse palatine dont les glandes salivaires muqueuses sont différenciées au voisinage d'une importante sclérose.

Les centres sont le siège d'une inflammation de type aigu riche en polynucléaires et en capillaires dilatés.

Il s'agit ici de lésions inflammatoires sans aucun signe histologique de malignité.

Le 5 Février 1955 énucléation relativement facile de la tumeur.

Le prélèvement intéresse une masse nodulaire irrégulière, entourée d'une épaisse coque fibreuse en certains points, directement en contact avec des éléments glandulaires salivaires en d'autres points.

Cette masse tumorale renferme de nombreux éléments épithéliaux glanduliformes situés dans un stroma mucoïde ou hyalin parfois nettement fibreux réalisant l'aspect typique d'une tumeur mixte.

Image d'apithélioma à stroma romanié sans éléments cylindromateux visible .

L'exérèse passe à distance de la tumeur.

Observation N° 8

Mme T... 42 ans

Vient consulter le 19 Novembre 1954. Découverte fortuite il y a environ 8 jours d'une tuméfaction située dans la partie postérieure et gauche du palais dur.

Tuméfaction absolument indolore recouverte d'une muqueuse de coloration normale sans fistule, de consistance ferme, rénitente, de la taille d'une demi noisette.

Le diagnostic clinique envisage : tumeur mixte du palais.

Mais la radio montre une zone radio-claire arrondie, haut située, au-dessus de G 6. L'examen plus détaillé de cette radio a montré (Professeur Dechaume) l'existence de petits nodules autour de la zone claire dans la zone de projection du sinus.

Une ponction ramène du sang.

Une ponction biopsie : le fragment ramené par ponction renferme quelques cellules épithéliales groupées en formations trabéculaires. Leur noyau est volumineux et les mitoses sont rares. Les cellules sont situées dans un stroma-conjonctivo-vasculaire présentant des aspects variés. On note en effet à côté de plages fibrinoïdes des plages mucoïdes et hyalines.

L'ensemble réalise l'image typique d'un épithélioma à stroma romanié (tumeur mixte) développé au dépens des glandes salivaires palatines.

Biopsie exérèse simple d'une tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette pièce opératoire semble renfermer la totalité d'une prolifération tumorale. Il existe en effet de petits boyaux épithéliaux sans monstruosité cellulaires siégeant dans un stroma mucoïde ou hyalin suivant les régions examinées.

Cette image correspond à un épithélioma à stroma remanié développé à partir des glandes muqueuses palatines. Cette tumeur semble encapsulée et on peut penser que la totalité de la tumeur a été enlevée (réserve faite pour les éléments à distance). Il n'existe aucun aspect cylindromateux sur les coupes examinées.

Observation N° 9

Mme M... 50 ans

Est suivie régulièrement depuis 1934 pour soins dentaires.

Le 3 Février 1939, elle vient consulter pour des caries et surtout pour une tuméfaction indolore ne s'accompagnant d'aucun signe fonctionnel dans la région du trigone et du pilier antérieur de l'amygdale droite.

A l'examen, sous la muqueuse de coloration normale, je sens une masse dure, mobile, de la grosseur d'une petite olive.

Le 24 Février 1939, énucléation facile, sous anesthésie locale.

L'examen histologique du Dr Ardouin conclut : tumeur mixte.

En Juillet 1946 la guérison se maintient.

En 1956 de même.

Observation N° 10

Mme T... 53 ans,

Vient à la consultation de l'hôpital Cochin le 15 Octobre 1940 pour une petite tumeur de la lèvre supérieure gauche survenue depuis quelques semaines sans aucune douleur.

L'examen ne révèle à l'inspection aucune déformation extérieure. Mais la palpation permet de découvrir dans le tiers externe de la lèvre supérieure, peut-être plus près de la muqueuse que de la peau, au-dessus du bord libre, un petit nodule de la grosseur d'un noyau de cerise. Il est dur, non douloureux, parfaitement encapsulé. Il n'existe pas d'adénopathie.

Cliniquement le diagnostic est celui d'adénome.

Le 15 Octobre 1940, sous anesthésie locale, après incision muqueuse, clivage facile du nodule qui présente toutefois 2 pédicules externe et interne, nécessitant 2 ligatures. Suture.

A la section, le nodule est ferme, donnant l'impression d'un ganglion ou d'un adénome.

L'examen histologique, fait par le Dr M. Perrot, donne les renseignements suivants: la majeure partie du prélèvement montre des lésions inflammatoires intenses d'une glande salivaire avec réaction hyperplasique des canaux excréteurs (les acini glandulaires ont disparu). A sa périphérie ce tissu est bordé par une nappe atypique ayant certains caractères des épithéliomas remaniés.

Il s'agit d'une tumeur mixte.

Le 10 Mars 1943, la guérison se maintient.

Observation N° 11

Melle D. ... 15 ans.

Vient à la consultation des Enfants-Assistés, le 20 Février 1943, pour une petite tuméfaction de la muqueuse jugale droite évoluant depuis un an.

Cette masse avait été découverte à l'inspection médicale scolaire. Depuis elle n'a pas augmenté de volume.

A l'examen exo-buccal, rien d'anormal. Dans la cavité buccale on voit et on sent, sous la muqueuse dont l'aspect est normal, en arrière et un peu au-dessous de l'orifice du canal de Sténon, une petite grosseur de consistance dure, du volume d'une noisette ne contractant d'adhérences ni avec la muqueuse ni avec les muscles. Peut-être existe-t-il un pédicule en haut et en arrière dans la direction du canal de Sténon et du prolongement antérieur de la parotide. La palpation est indolore. Pas d'adénopathie.

Le 24 Février 1943, sous anesthésie locale, après incision de la muqueuse, énucléation facile d'un nodule dur. Cicatrisation normale.

Le 1er Mars, je reçois le compte rendu de l'examen histologique fait par le Dr Perrot : la tumeur prélevée présente l'image d'un épithélioma salivaire remanié (tumeur "dite mixte" de certains auteurs). Toutefois étant donné l'abondance des cordons cellulaires et parfois l'imperfection de la limitation, on peut se demander si, dans un tel cas, malgré l'absence de toute activité mitotique, la malignité ne sera pas un peu plus accusée que normalement (sans toutefois atteindre celle des tumeurs de malignité franche).

Observation N° 12

Mr. M.... 42 ans.

Consulte le 16 Mars 1951 pour tuméfaction intra jugale.

On en pratique l'exérèse chirurgicale totale, accompagnée d'un examen de la pièce.

Il s'agit d'une tumeur mixte salivaire intra jugale dissociant le muscle de type tantôt excréto-canaliculaire, tantôt épidermoïde kératinisant.

Observation N° 13

M. M.V.... âgé de 60 ans.

4 Février 1956.

Est adressé à la consultation de la Pitié pour une tuméfaction palatine.

Elle est apparue il y a 20 ans en 1936, déformant d'abord le palais et donnant au malade la sensation très nette d'une voussure. Elle va s'accroître très lentement et très progressivement pour atteindre en 4 à 5 ans son volume actuel.

A aucun moment cette évolution n'a été douloureuse. Elle ne s'est accompagnée d'aucun trouble objectif ni subjectif, pas même d'une gêne de la mastication ou de la déglutition. Le seul retentissement est psychique. Le malade se croit atteint d'un cancer.

L'examen exobuccal est entièrement négatif.

Pas d'assymétrie faciale - Pas de troubles de la sensibilité dans les différents territoires, pas d'adénopathie.

A l'examen endobuccal. L'ouverture de la bouche normale permet de voir d'emblée une tuméfaction palatine de 3 cms de long, siégeant à la partie postérieure gauche du palais dur. Elle est de consistance molle, assez tendue, renitente et le palper bidigital donne une certaine impression de fluctuation. La muqueuse qui la recouvre est à peine plus rosée que le reste de la muqueuse buccale, parcourue d'un fin lacis vasculaire en avant.

La base d'implantation représente une surface circulaire de 2 cms de diamètre. Elle est strictement latéralisée, ne dépasse pas la ligne médiane, atteint en dehors le procès alvéolaire.

Atteint la prémolaire en avant.

Le reste de la muqueuse est absolument normal.

Antécédents : Pleurésie sérofibrineuse en 1936

En 1951 découverte d'opacités pulmonaires bilatérales non évolutives, qui aujourd'hui n'ont subi aucune modification malgré le traitement par PAS - strepto-Rimifon.

Une ponction biopsie est pratiquée le 6 Février 1956.

Examen histologique pratiqué par le Dr Payen le 11 Février 1956.

Le prélèvement intéresse une prolifération épithéliale située en profondeur sous une muqueuse normale et nettement séparée d'elle par une bande de tissu conjonctif fibreux assez large. Cette prolifération épithéliale est constituée par des cellules indifférenciées par places, prenant au contraire en d'autres points une architecture glanduliforme, mais le fait important est que ces cellules sont noyées dans une substance conjonctive de type mucoïde, hyaline, réalisant l'aspect typique des épithéliomas à stroma remanié. Il est important de noter ici l'intensité de la prolifération cellulaire qui en certains points pourrait faire penser à un carcinome vrai.

Quoiqu'il en soit, il s'agit ici d'un épithélioma à stroma remanié type tumeur mixte; les constatations précédentes ne peuvent que faire conseiller une surveillance du malade après intervention.

Enucléation facile de la tumeur.

Examen de la pièce opératoire pratiqué par le Dr Payen.

Cette pièce opératoire renferme sous un épithélium normal et nettement séparé de lui par une bande conjonctive fibreuse régulière, assez épaisse, une prolifération tumorale présentant des caractères identiques à ceux décrits sur la biopsie précédente. Il s'agit d'un épithélioma à stroma remanié typique, particulièrement riche en éléments cellulaires avec de nombreuses plages mucoïdes ou hyalines. En profondeur, il existe une sorte de coque fibreuse semblant témoigner d'une limitation à peu près complète de cette prolifération néoplasique.

Epithélioma à stroma remanié type tumeur mixte classique sans images en faveur d'un remaniement cylindromateux.

	Age	Sexe	sation	à l'évo- lution	ins vo- logique	ration	pathie	assement osseux	divers	tases	ment
1	29 ans	femme	lèvre sup.	3 ans	T.M. cylindroma- teuse						Chirurgie + R.X.
2		femme	Palais		T.M. cylindroma- teuse						Chirurgie + R.X.
3	56 ans	femme	point de départ muqueux	1 an 3 m	cylindrome	oui		oui			R.X.
4	60 ans		partie post. du plancher	13 ans	cylindrome				oui	pulmonaires	Chirurgie + R.X.
5	69 ans	femme	plancher buccal	4 ans	T.M. pure				sous forme d'un cylindrome	naïves	Chirurgie + R.X.
6	40 ans	homme	Palais	7 ans	T.M. pure						R.X.
7		homme	Palais		T.M. pure						Chirurgie
8	42 ans	femme	Palais	récente	T.M. pure						Chirurgie
9	50 ans	femme	Triangle rétro- molaire	récente	T.M. pure						Chirurgie
10	53 ans	femme	lèvre sup.	récente	T.M. pure						Chirurgie
11	15 ans	femme	Joue	1 an	T.M. pure						Chirurgie
12	42 ans	homme	Joue		T.M. pure						Chirurgie

HISTORIQUE

L'histoire des tumeurs mixtes commence au milieu du 18ème siècle avec l'étude des hypertrophies, des tumeurs des glandes salivaires.

Dans sa thèse soutenue en 1841, Bérard rapporte que dès 1752 Kaltschmied en avait déjà fait la description, et suivant Dunet et Creyssel, deux auteurs : Siebold CJ et Siebold JB publièrent des études à ce sujet, respectivement en 1793 et 1797.

Au début du 19ème siècle des auteurs cherchent à classer ces tumeurs et à les différencier d'autres hypertrophies de la glande parotide et de la glande sublinguale.

Le travail de Bérard est important, car il tente de séparer les tumeurs des glandes salivaires, des kystes, des abcès, des cancers et des adénopathies de ces régions.

Billroth en 1859 décrit avec beaucoup de précisions : "Un groupe de tumeurs développées aux dépens des glandes salivaires, indolores, s'accroissant lentement, souvent multiples et contenant différents dépôts mucoïdes et un stroma cartilagineux". Et jusqu'à la fin du 19ème siècle, les chercheurs vont proposer pour ces tumeurs de multiples dénominations reposant sur leur interprétation de l'image histologique.

Très différentes étaient alors les opinions concernant leur structure histologique et de nombreux termes prêtant à confusion étaient employés pour les décrire.

C'est Minssen qui en 1874 emploie à leur égard le terme de "tumeur mixte" ; et Planteau introduit deux ans plus tard en France ce terme généralement en usage aujourd'hui.

Les améliorations apportées aux microscopes ainsi qu'aux techniques histologiques contribueront beaucoup à une meilleure compréhension de la nature complexe des tumeurs mixtes. Avec le développement de l'embryologie les chercheurs vont s'efforcer de résoudre le problème de leur structure et de leur origine.

Trois théories fondées surtout sur l'image histologique seront proposées dans la dernière partie du 19ème siècle :

La théorie endothéliale ou mésenchymateuse exposée pour la première fois par Virchow en 1867 défendue par Volkmann en 1895 et Billroth.

La théorie épithélioglandulaire est exposée par Planteau pour la première fois en 1876. Elle sera toujours défendue par l'école française.

Enfin la théorie mixte : prolifération simultanée de deux tissus, l'un épithélio-ectodermique, l'autre endothélio-mésenchymateux est soutenue par Hinsberg, elle vient d'être reprise très récemment aux Etats-Unis avec les travaux de Greene.

D'autres théories s'attachent à expliquer la genèse de ces tumeurs :

La théorie embryonnaire a été défendue par de nombreux auteurs.

La théorie fondée sur la métaplasie cellulaire est exposée par Masson en 1924, puis reprise par Leroux et Leroux-Robert. Ces derniers auteurs ont en 1936 démontré que les tumeurs mixtes étaient en réalité de véritables épithéliomas dont les caractères évolutifs particuliers dépendaient de modifications du stroma et ces auteurs les ont désignées sous le vocable d'épithéliomas à stroma remanié. Ils ont notamment prouvé l'unité anatomique et les nombreuses formes de transition existant entre les tumeurs dites mixtes, les cylindromes, les tumeurs à cellules myoépithéliales et les épithéliomas ou carcinomes vrais.

En ce qui concerne les tumeurs mixtes des glandes salivaires dites mineures, de la cavité buccale : palais, joues, lèvres, il faut attendre 1886, avec Paget pour en avoir la description clinique et histologique, et cet auteur révèle leur similitude avec les tumeurs mixtes de la parotide. Elles sont étudiées ensuite dans de nombreux travaux dont les plus importants sont ceux de Eggers en 1928-1938. Vaheri en 1935. Leroux-Robert en 1936.

Les thèses de Nespoulous (Paris 1938) - Sapet (Paris 1939) - Le Branchu, Ackermann (Paris 1952) - Hatziotis J. (Athènes 1954).

D'autres tumeurs rencontrées plus rarement et localisées au plancher buccal et au trigone retromolaire ont fait l'objet de publications en France du Professeur Dechaume, et aux Etats-Unis de Bauer et Fleming.

ANATOMIE

Il existe deux grands types de glandes salivaires.

1° - Le groupe des glandes parotide, sous-maxillaire, sublinguale que l'on désigne sous le terme de glandes "dites majeures" ou "glandes principales".

2° - Le groupe des glandes salivaires disséminées dans toute l'étendue de la sous muqueuse de la cavité buccale et que l'on peut schématiser en trois sous groupes :

des glandes palatines,
des glandes labiales,
des glandes jugales ou géniennes

auxquelles on adjoint les glandes du plancher de la bouche, du triangle, de la langue. Ce sont les glandes "dites mineures" ou "accessoires" de la muqueuse buccale.

Sappey les a décrites dans son traité d'anatomie :

"Au palais dur la couche glanduleuse a pour éléments des corps arrondis blanchâtres, du volume d'une lentille ou d'un petit pois et analogues aux glandules de la langue, des lèvres, des joues. De chacun de ces petits corps ou glandules palatines part un conduit excréteur qui vient s'ouvrir sur la surface libre de la muqueuse par un orifice plus ou moins distinct. Ces glandules sont plus nombreuses en arrière où on les voit non seulement se juxtaposer en se serrant les unes contre les autres, mais aussi se superposer de manière à former plusieurs couches confondues entre elles. En avant elles deviennent plus rares et disparaissent en général au niveau d'une ligne transversale qui passerait en arrière des petites molaires.

"au voile du palais.

"Ces glandes présentant une conformation extérieure et une structure identiques à celles de toutes les autres glandes de la cavité buccale. La couche inférieure (buccale) est remarquable par sa grande épaisseur qui décroît de haut en bas, d'où l'épaisseur aussi décroissante du voile du palais.

" De chaque côté du voile, cette épaisse couche de glandes se prolonge dans l'épaisseur de la saillie qui limite en arrière l'orifice de communication du vestibule de la bouche avec la bouche proprement dite et qu'elle s'étend ainsi jusqu'à la partie interne du collet de la dernière grosse molaire. Très souvent on voit cette même traînée de glandules descendre jusque dans le sillon parabolique qui entoure la langue, et là se continuer avec une autre traînée qui répond en avant à la glande sublinguale".

"Les glandes labiales se composent de petits corps arrondis, juxtaposés et unis entre eux par un tissu cellulaire lâche. Un conduit excréteur qui vient s'ouvrir à la face libre de la muqueuse part de chacune de ces glandes"

Il faut compléter cette description en retenant quelques points de l'étude anatomique faite par Collet dans sa thèse.

Selon cet auteur les dimensions de ces glandes "dites mineures" seraient très variables. Les unes seraient très petites. La plupart au contraire auraient un volume beaucoup plus considérable, comparable à celui d'un gros plomb de chasse et ceci sur les parties latérales des lèvres.

Elles formeraient une couche continue sur les deux lèvres, couches indépendantes l'une de l'autre au niveau des commissures.

Plus volumineuses, plus nombreuses à la lèvre inférieure qu'à la lèvre supérieure, elles présentent partout ce même caractère que très petites vers la partie moyenne elles vont en augmentant de nombre et de volume vers les commissures.

A la lèvre supérieure, elles disparaissent presque complètement au niveau de la sous cloison du nez.

- Les glandes jugales.

Pour Sappey il n'existe pas de glandes salivaires sous la muqueuse de la joue, sauf au niveau de l'orifice du canal de Sténon, où il n'existe pas qu'une ou deux glandes molaires, mais toute une trainée qui s'étend à la face externe du muscle buccinateur, de son extrémité postérieure à son extrémité antérieure.

Au niveau du point où le canal de Sténon traverse le muscle, on voit ces glandes former autour de lui un collier, les plus antérieures ne dépassant pas ordinairement la partie terminale de ce conduit, de plus d'un centimètre. Toutes sont recouvertes par l'aponévrose du buccinateur. De chacune d'elles part un canalicule qui traverse le buccinateur et s'ouvre à la muqueuse sous-jacente.

- Les glandes de la langue.

Au niveau de la langue il existe deux groupes de glandes: un groupe sous muqueux formé d'une couche quadrilatère de 4 à 5 mm de haut étendu de l'épiglotte au V lingual et d'une amygdale à l'autre, un groupe intra-musculaire: c'est une trainée longeant le bord de la langue et commençant au niveau des branches du V lingual.

- Les glandes du plancher.

Au niveau du plancher de la bouche existent des glandes formant une trainée allant de la région molaire à la région sublinguale. Pour Sappey elles dépendraient de la glande sous-maxillaire.

Les glandes salivaires sont disséminées dans toute la cavité buccale, elles forment cependant des groupes importants.

1° - Au niveau de la muqueuse palatine du palais dur et au niveau de la muqueuse palatine du voile, elles se groupent en une nappe d'épaisseur variable.

Cette nappe a son épaisseur maximum à la jonction palais dur palais mou. Elle s'amincit et disparaît au niveau de la ligne médiane (raphé, palatin, luvette) disparaît en avant d'une ligne passant par les prémolaires.

Les glandes de la nappe palatine descendent jusqu'au trigone retromolaire et jusqu'à la face interne de la dent de sagesse, pouvant se continuer avec une trivée répondant en avant à la glande sublinguale.

2° - à la lèvre supérieure et à la lèvre inférieure elle n'existent pas sur la ligne médiane et au niveau des commissures.

3° à la face externe du muscle buccinateur se trouve une traînée de glandes salivaires qui accompagne l'extrémité antérieure du canal de Stenon dans la traversée du muscle et s'agence en collier autour de son ostium.

4° - Il est difficile de distinguer des glandes salivaires du plancher, certains isthmes appartenant à la glande sublinguale ou au prolongement sus mylohyoïdien de la glande sous-maxillaire. Il en va de même pour l'inconstant prolongement pharyngien de la parotide dont les lésions s'extériorisent au niveau du voile et qui sont difficilement différenciables des tumeurs du voile proprement dites.

En effet, en injectant des substances de contraste dans les canaux des glandes salivaires principales, MM. Dechaume et Bonneau ont pu étudier de nombreuses anomalies.

a) Il existe très fréquemment au niveau de la glande sous-maxillaire un lobe aberrant sus mylo-hyoïdien dont le canal s'abouche dans le canal de Wharton.

b) Les canaux de Rivinius et de Bartholin de la glande sublinguale qui normalement présentent une individualité propre sur laquelle insistent les anatomistes Poirier et Nicolas s'abouchent dans le canal de Wharton près de son orifice. Si on veut bien se rappeler de plus, la présence sous la muqueuse, de la glande sublinguale, on conçoit les difficultés de distinguer les glandes salivaires mineures de la muqueuse, des prolongements des glandes salivaires principales.

Ces mêmes auteurs n'ont jamais pu en injectant une substance de contraste par l'ostium de Stenon opacifier les groupes des glandes salivaires "dites en collier" disposées autour du canal. Il semble donc que ce groupe possède une autonomie propre. L'étude histologique confirmerait d'ailleurs l'autonomie de ce groupe des glandes "en collier".

Puisque ce groupe est constitué comme toutes les glandes de la muqueuse buccale d'acini séromuqueux alors que la parotide est une glande séreuse.

Par contre, il existe fréquemment le long du trajet du canal de Stenon de petites formations glandulaires s'abouchant directement dans ce canal. Elles représentent des lobules aberrants de la parotide.

D'autres faits révélés par l'examen clinique sont importants à signaler :

En effet, à la consultation de stomatologie de la Pitié, il nous a été possible de noter que les malades ayant subi l'ablation d'une ou de plusieurs glandes salivaires principales ne se plaignaient pas de sécheresse buccale.

Par contre, ceux qui ont subi pour une cause variable une irradiation prolongée et profonde par les rayons X de la muqueuse buccale ou de la région de la bifurcation carotidienne présentent une sécheresse très marquée de la muqueuse.

Il est intéressant de noter le rôle important de ces glandes salivaires "dites mineures", dans l'élaboration de la salive, rôle qui physiologiquement est difficile à préciser mais qui du fait d'altérations pathologiques est ainsi bien mis en évidence.

ETIOLOGIE

L'AGE :

On peut les rencontrer à tout âge. En parcourant les observations, on constate que ces tumeurs ont été décrites aussi bien aux âges extrêmes qu'aux âges moyens de la vie.

Mac Farland, Wood, publient des observations de tumeurs mixtes développées pendant la première année de la vie.

Ferran, Leto publient des observations de tumeurs mixtes découvertes à 23 ans et à 12 ans.

Enfin de Larabie, Lemaître, Leroux-Robert citent des observations de tumeurs mixtes chez des individus ayant de 75 à 85 ans.

Suivant le plus grand nombre d'auteurs : Alhbom, Ennuyer et Bataini, Singleton et Duren, Marshall et Miles, l'âge moyen se situerait entre 30 et 40 ans.

Pour Hatziotis, l'âge moyen du malade qui consulte pour la première fois est bien la quarantaine; mais en général cette tumeur est connue du malade depuis plusieurs années, souvent 10 ans et plus.

L'âge moyen se situe donc entre la 3^e et la 4^e décade mais les tumeurs peuvent évoluer déjà depuis plusieurs années.

LE SEXE :

Les tumeurs mixtes des glandes salivaires mineures se rencontrent dans les deux sexes avec une fréquence à peu près égale. Cependant certains auteurs D'Antuono, Hatziotis, Vahéri, remarquent une certaine prédominance chez la femme, D'Argent, Hellwig, C.A., veulent y voir une influence endocrinienne possible.

Hatziotis	67 %	chez la femme
D'Antuono	72 %	" "
Eggers	44 %	" "
Bernier	5 %	" "
Ennuyer Bataini	50 %	" "

L'HEREDITE :

En aucun cas on ne retrouve la notion d'hérédité ou de caractère familial.

LE FACTEUR RACIAL :

Il semble que l'on trouve la même fréquence dans toutes les races.

Peele J.C., Duplessis (Le Cap) auraient noté une plus grande fréquence dans la race noire. Mais Davis aurait noté le même fait pour la race jaune et Franssen chez les indigènes des Indes Néerlandaises.

LE TRAUMATISME :

Il existe quelques observations dans la littérature où des tumeurs mixtes se sont développées sur des cicatrices de plaies.

Ce sont les observations de Halpert : tumeur mixte du palais développée sur une cicatrice de plaie.

de Eggers : tumeur mixte évoluant sur une cicatrice labiale remontant à 35 ans.

Sur 90 cas personnels de tumeurs mixtes et sur 378 cas de la littérature Mac Farland remarque que dans deux cas le traumatisme semble être à l'origine de la tumeur.

Abel en 1932, Benecke et Schroeder ont essayé de provoquer des tumeurs mixtes par irritation tissulaire de la parotide au moyen de substances irritantes chimiques et de corps cancérogènes, sans aucun résultat.

Ni le sexe, ni le caractère héréditaire ou racial, ni le traumatisme, ni les irritations locales ne peuvent donc être retenus comme favorisant l'apparition d'une tumeur mixte.

FREQUENCE :

Les tumeurs mixtes des glandes salivaires dites mineures ne sont pas exceptionnelles.

Il y a lieu d'envisager leur fréquence:

Par rapport aux autres néoformations salivaires

Pour Alhbm HE, Abel WG, Payne, Marshall et Miles les tumeurs mixtes représentant 90 % des néoplasmes salivaires.

Par rapport aux glandes salivaires dites majeures et en fonction de leur localisation dans la cavité buccale.

Nous rapporterons les statistiques de Duplessis, D'Antuono, Fleming H. Ennuyer et Bataini

Duplessis

Tumeur mixte	Parotide	1068	81,9 %	}	89,4 %
	Sous maxillaire	91	6,9 %		
	Sublinguale	8	0,6 %		
	Palais osseux	51	3,9 %	}	5,2 %
	Voile	17	1,3 %		
	Lèvres	20	1,5 %		
	Joues	11	0,8 %		
	Langue	5	0,4 %		

D'Antuono

Tumeur mixte	Parotide	89	72,3 %	}	76,3 %
	Sous maxillaire	5	4 %		
	Palais et voile	12	9,8 %		9,8 %
	Lèvre supérieure	4	3,2 %		
	Joue	13	10,5		

Fleming

Tumeur mixte	Parotide	72	72 %	}	87 %
	Sous maxillaire	15	15 %		
	Palais dur	3	3 %	}	5 %
	Voile	2	2 %		
	Sublinguale	1	1 %		
	Lèvre	3	3 %		
	Langue	2	2 %		
	Muqueuse buccale	3	3 %		

Ennuyer et Bataini

Tumeur mixte	Parotide	358	83,6 %	)	83,6 %
	Sous maxillaire	35	8,1 %		
	Palais	16	3,7 %	)	3,7 %
	Sublinguale	3	0,7 %		
	Lèvre et divers	16	3,7 %		

A cette notion de fréquence relative il faut ajouter ceci :

En 1952, Hatziotis réunit 623 ans de la littérature mondiale de tumeurs mixtes du Palais.

En 1952 également Ackermann réunit 116 cas de tumeurs mixtes des lèvres, toutes ces observations accompagnées d'une analyse histologique.

En 1956, A. Ennuyer, J.P. Bataini, réunissent 180 cas de tumeurs mixtes de la région vélopalatine, postérieurs à 1.900. Sur ces observations ils fondent une étude de la fréquence selon l'âge, le sexe et la localisation.

Malgré les multiples localisations des glandes salivaires au niveau de la muqueuse buccale, les tumeurs mixtes se développent le plus souvent dans la région vélopalatine et la lèvre supérieure. On ne les rencontre que plus rarement au niveau de la joue, du triangle rétromolaire et du plancher buccal. Elles sont exceptionnelles au niveau de la lèvre inférieure et de la langue.

CLINIQUE

Il faut envisager les caractères cliniques communs de ces tumeurs et décrire au chapitre des formes cliniques les caractères particuliers à chaque localisation.

Un fait fondamental : les tumeurs mixtes de la muqueuse buccale cliniquement évoluent comme une tumeur bénigne, lentement sans métastase, de plus elles sont apparemment encapsulées.

Le début : remarquablement insidieux, passe toujours inaperçu. Il est très difficile d'apprécier leur date d'apparition. Parfois c'est à la suite d'un examen fait pour une tout autre cause que l'observateur constate avant même le malade la présence de la tumeur.

Signes fonctionnels : c'est dire l'inexistence des signes fonctionnels, indolence totale, spontanée et à l'examen. Cette remarquable tolérance est sans doute due à la lenteur d'apparition. Il faut un volume déjà important de la tumeur, 5 cms et plus de diamètre, pour entraîner une gêne fonctionnelle réelle.

Signes généraux : de même il n'y a pas d'altération de l'état général.

Signes physiques : d'une façon générale quelle que soit sa localisation elle est d'une taille minime de quelques millimètres à deux ou trois centimètres. Elle est exceptionnellement plus grande.

Elle a une forme arrondie ou ovalaire, formée d'une masse unique ou lobulée, polycyclique. Elle est recouverte d'une muqueuse normale, saine, rose, lisse, parfois de couleur nacré ou blanc jaunâtre, rarement sillonnée d'un lacis vasculaire très dense.

La palpation la montre bien limitée, homogène, de consistance ferme, élastique, exceptionnellement si elle est volumineuse, elle peut être lobulée, bosselée, de consistance irrégulière, associant les zones fermes à des zones moins fermes ou franchement ramollies.

Si l'on accepte la localisation au palais osseux elle est mobile par rapport aux plans superficiels et profonds.

Elle est toujours indolore.

Le reste de l'examen est complètement négatif en particulier il n'existe aucune adénopathie.

Formes cliniques

Tumeurs mixtes de la région vélopalatine

Ces tumeurs relativement fréquentes sont strictement latéralisées. On les trouve soit au niveau de la voûte palatine soit au

niveau du voile ou à l'union voute palatine voile du palais.

a) au niveau de la voute palatine elles sont toujours latérales, jamais médianes. Leur insertion se fait près du bord alvéolaire ne dépassant pas la région prémolaire en avant, la ligne médiane en dedans.

Elles sont de forme ovalaires à grand axe antéropostérieur.

Il est plus difficile d'apprécier leur mobilité, la muqueuse palatine étant très adhérente à l'os.

Rarement les tumeurs mixtes du palais contractent des adhérences avec le tissu osseux de la voute palatine et dans ce cas la radiographie apporte des renseignements utiles:

L'exploration du palais osseux au moyen de la tomographie (le rayon incident se confondant avec la ligne bispinale pour éviter les déformations de projection) permet de noter certains points : il n'existe pas d'envahissement osseux comparable à celui des épithéliomas vrais, mais parfois un refoulement, un amincissement et très rarement une perforation que l'on retrouverait d'ailleurs à l'intervention.

L'absence d'envahissement osseux des tumeurs mixtes est à opposer à l'envahissement si fréquent des cylindromes (Ennuyer et Bataini). Ces auteurs insistent sur l'affinité osseuse des cylindromes, l'envahissement et la destruction étendue du maxillaire supérieur au cours de l'évolution de leurs localisations vélopalatines. Cependant, dans nos observations il n'a pas été noté d'envahissement osseux au niveau du palais.

b) Au niveau du voile elles sont aussi latéralisées, n'existent pratiquement jamais au niveau de la luette. Elles sont arrondies, noyau dur, élastique dans l'épaisseur du voile, empiétant parfois sur le pilier antérieur correspondant.

Les tumeurs mixtes du palais mou, lorsqu'elles atteignent un volume important, peuvent s'accompagner :

- de dysphagie,
- de dysphonie : voix nasonnée
- de signes d'obstruction nasale

Tumeurs mixtes des lèvres

Le siège électif est la lèvre supérieure à l'union du tiers moyen et du tiers externe où se trouve le plus grand nombre de glandes salivaires. Elle évolue vers la ligne médiane et surtout vers l'ourlet cutanéomuqueux ou zone de Klein qu'elle ne dépasse jamais.

La tumeur reste d'ailleurs toujours intrabuccale.

Tumeurs mixtes des joues

Elles se développent assez souvent dans l'épaisseur du muscle buccinateur, c'est à dire dans l'épaisseur de la joue. Elles deviennent secondairement sous muqueuses. Elles n'ont pas de caractères particuliers, si ce n'est parfois d'entraîner quelques troubles fonctionnels : légère gêne à la mastication avec sensation permanente d'un corps étranger contre les arcades dentaires.

Tumeurs mixtes du plancher buccal, du trigone rétromolaire

Elles sont très rares, n'ont pas de caractères particuliers. Ce sont des découvertes de l'histologie.

Les tumeurs mixtes du plancher sont tout de même importantes à retenir, car elles posent toujours le problème de leur localisation primitive : glandes accessoires du plancher ou tumeurs mixtes d'un prolongement de la glande sous maxillaire ou sublinguale. Ces prolongements ont été bien mis en évidence par des études sialographiques (Dechaume et Bonneau). Ils ont été étudiés au chapitre de l'anatomie.

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Le diagnostic différentiel présente des difficultés variables selon les localisations :

vélopalatine, labiale, jugale ou au plancher.

Localisation vélopalatine

Le diagnostic de tumeur mixte de la voute et du voile ne présente pas de grandes difficultés. Il faut toutefois éliminer :

- un KYSTE corone ou radiculo dentaire,

par la palpation : leur consistance dure (intra osseux) ou franchement fluctuante (extra osseux) est bien différente de celle de la tumeur mixte.

par la ponction qui ramène un liquide citrin, filant, visqueux contenant en suspension des paillettes de cholestérine.

par la radiographie qui montre la dent mortifiée ou incluse à laquelle le kyste est soit appendu à l'apex, interrompant l'interligne articulaire, soit enserrant la couronne qui s'y projette.

- une extension palatine d'une tumeur nasale ou sinusale. Par l'examen rhinoscopique et la radiographie simple ou bien après mise en place d'une substance de contraste qui précise le contour des muqueuses de ces régions.
- les ostéomes durs et opaques et les tumeurs conjonctives qui sont médianes.

Les neurinomes d'un diagnostic difficile et dont la nature n'est souvent précisée que par l'examen histologique.

Localisation labiale

- Le kyste mucoïde, mais il siège à la lèvre inférieure, de coloration bleuâtre à travers une muqueuse transparente.

Il donne à la ponction un liquide filant.

- Les adénomes de diagnostic facile s'ils sont multiples.

L'examen histologique est indispensable lorsqu'ils sont uniques.

- D'autres tumeurs, le lipome plus fréquent à la lèvre inférieure de consistance molasse à limites moins nettes,

l'angiome de diagnostic facile peut-être unique ou associé à des angiomes de la face.

- des tumeurs pédiculées : le papillome

le botryomycome

- enfin l'épithélioma dans sa forme profonde et au début, mais il évolue vite, l'adénopathie est presque constante.

Localisation jugale

- un diagnostic particulier, l'adénite faciale cancéreuse, mais en général la lésion primitive est connue.

Localisation au Plancher, au trigone

- Formes rares leur diagnostic est une découverte de l'examen histologique. Notons tout de même que la tumeur mixte du plancher peut faire discuter une lithiase du Wharton.

Le diagnostic de tumeur mixte de la cavité buccale semble donc de difficulté variable suivant la localisation de la lésion.

La certitude de la nature de la tumeur est apportée par la biopsie.

LA BIOPSIE

La biopsie, élément fondamental du diagnostic doit être effectuée convenablement, ce doit être une biopsie chirurgicale. Le prélèvement doit intéresser le centre et la périphérie de la lésion. Il faut se méfier des prélèvements trop superficiels. Ces tumeurs siègent en effet dans le chorion, en profondeur, à distance du tissu épithélial de la muqueuse, dont elles sont parfois séparées par une lame de conjonctif d'épaisseur variable.

Les observations n° 2 et n° 7 sont à ce sujet significatives. Un premier prélèvement n'a mis en évidence que des lésions de voisinage, ce n'est qu'à l'intervention que la nature exacte de la tumeur a été précisée lors de l'examen de la pièce opératoire.

Il faut rejeter la ponction et la ponction biopsie qui ne peuvent fournir que des renseignements fragmentaires. L'étude histologique permet en effet de noter la présence de deux types essentiels de tumeurs mixtes: les tumeurs mixtes et les cylindromes avec quelques formes d'association. Or, les tumeurs mixtes pures ont une évolution et un pronostic différents des cylindromes. La constatation d'un ilot cylindromateux dans une tumeur mixte, ou d'un cylindre pur impose une thérapeutique différente.

Il est évident qu'une ponction biopsie n'intéressant qu'un fragment de tumeur n'a de valeur que pour le point examiné et ne permet pas de soupçonner la nature exacte de la totalité de la lésion.

Ces constatations conduisent à conseiller :

1° - Devant la diversité des formes anatomiques et le petit volume de la lésion, de pratiquer au lieu d'une biopsie simple, la biopsie exérèse avec contrôle histologique.

2° - La nécessité de l'examen anatoma-pathologique de la pièce opératoire pour préciser le type tumoral même après un prélèvement biopsique correct qui aurait pu négliger une zone d'aspect différent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est la biopsie exérèse ou l'exérèse avec contrôle histologique qui permet une étude valable de la tumeur. Cette étude est des plus intéressantes lorsqu'elle est effectuée in vivo au cours même de l'intervention car elle permet de noter les rapports avec les tissus voisins.

Etude macroscopique

L'étude macroscopique peropératoire permet de noter certains caractères. Le plus souvent, dès l'incision qui est suivant le volume de la lésion, simplement linéaire ou en "quartier d'orange", la tumeur fait hernie et apparaît à travers la brèche chirurgicale. Elle est facilement clivable, n'adhère pas aux plans superficiels et se décolle aisément des plans profonds.

De forme arrondie ou ovalaire, souvent bosselée, irrégulière la tumeur présente un contour polycyclique. Sa surface, lisse régulière est parcourue par quelques vaisseaux et par des tractus fibreux. Elle semble enveloppée dans une capsule mince, transparente à laquelle adhère de petites formations d'aspect nettement différent de celui de la tumeur. (l'examen histologique confirme qu'il s'agit de lobules glandulaires normaux).

A la coupe la tumeur apparaît assez homogène, de coloration blanchâtre avec cependant de petites plages rosées hémorragiques. Elle est richement vascularisée. Cette lésion forme souvent une masse unique, mais il n'est pas rare de noter un cloisonnement par des travées conjonctives, d'épaisseur inégale comme si la tumeur était constituée de plusieurs lobules juxtaposés. La périphérie est assez nettement limitée et le contour polycyclique apparaît mieux sur la tranche de section. Lorsque cette section intéresse un fragment de muqueuse réséqué au cours de l'intervention, une importante épaisseur de chorion (5 à 8 mm environ) sépare la tumeur de l'épithélium de surface. C'est donc une tumeur développée dans le chorion profond.

Etude microscopique

L'étude microscopique confirme la limitation assez nette de la tumeur. Toutefois la capsule est assez irrégulière, et en multipliant les coupes, elle apparaît inconstante, présentant de nombreuses solutions de continuité où les éléments tumoraux sont immédiatement au contact des formations glandulaires non tumorales.

Il existe parfois au voisinage d'un foyer plus volumineux un ou plusieurs petits foyers adjacents immédiatement au contact; mais jamais dans nos observations il n'existait de tissu glandulaire normal entre les divers lobules tumoraux.

L'examen microscopique permet de noter les divers aspects structuraux de ces tumeurs qui reproduisent d'une manière carica-

turale certains éléments d'une glande séromuqueuse normale. Ces éléments plus ou moins bien différenciés sont situés dans un stroma remanié caractéristique.

Les éléments épithéliaux sont constitués par des nappes de cellules dont certaines s'ordonnent en formations canaliculaires juxtaposées d'une densité extrême, dont d'autres forment des amas compacts sans ébauche de différenciation. En certains points ces cellules prennent une disposition trabéculaire parfois très grêle et les cellules néoplasiques semblant alors dissociées, sont retrouvées à l'état isolé au sein du stroma. Les cellules épithéliales sont de type éosinophiles, basophiles plus rarement claires. Leur description morphologique a été faite par R. Leroux.

Dans quelques cas il n'est pas rare de noter quelques modifications de ce tissu épithélial avec une différenciation et une maturation de type épidermoïde et production de globes cornés parakératosiques. Il s'agit là d'une métaplasie malpighienne, assez fréquente, et qui ne semble pas représenter, d'après nos observations, un potentiel évolutif particulier. Cette métaplasie malpighienne bien étudiée par Gricoureff, ne doit pas imposer, contrairement à l'opinion de certains auteurs, des réserves pronostiques.

Le stroma présente des remaniements tellement importants qu'il est un des éléments de la définition même de ces tumeurs proposée par R. Leroux. Ce stroma rarement collagène est souvent œdémateux et renferme des plages soit de type mucoïde soit de type hyalin ou myxoïde, et les colorations électives sont à ce niveau particulièrement démonstratives. Les cellules épithéliales dissociées et isolées dans ce stroma se vacuolisent, dégénèrent et prennent l'aspect morphologique de chondroblastes. Le stroma coloré en bleu par la coloration trichromique de Masson est alors de type myxoïde parfois chondroïde ou plus exactement pseudochondroïde car la présence de tissu cartilagineux vrai est exceptionnelle.

Les divers aspects morphologiques des éléments épithéliaux d'une part et ceux du stroma d'autre part permettent de comprendre la multiplicité des formes anatomiques réalisées par leur association. Toutefois, il est intéressant de noter que les variations extrêmes sont très rarement rencontrées et qu'on peut isoler un aspect de tumeur mixte de type courant, présentant parfois quelques remaniements de type métaplasie malpighienne par exemple et deux types bien individualisés, les cylindromes et les tumeurs myoépithéliales.

La tumeur mixte de type courant renferme à côté de nappes cellulaires compactes des travées de cellules épithéliales isolées dans un stroma mucoïde ou pseudomyxoïde avec quelques remaniements de type hyalin. Les variantes sont constituées par des plages épithéliales métaplasiques ou par des aspects pseudochondroïdes du stroma. Elles sont assez rares.

Les tumeurs myoépithéliales beaucoup plus exceptionnelles n'ont pas été observées à l'état pur dans les localisations buc-

cales et nous n'avons jamais noté la présence de plages myoépithéliales dans nos observations.

Le cylindre est par contre un aspect plus fréquemment noté. Les cellules régulièrement disposées suivant deux ou trois assises forment la bordure d'une cavité régulière renfermant un stroma mucoïde homogène. La régularité de la forme et de la disposition de ces cavités est particulièrement caractéristique.

Parfois les éléments cellulaires sont dissociés dans un stroma hyalin, la disposition est moins régulière et l'aspect est celui d'un pseudocylindre hyalin.

Il existe toutes les formes de transition entre ce type "tumeur mixte" courant et ces formations cylindromateuses. Anatomiquement elles confirment l'unité des "épithéliomas à stroma remanié", mais cliniquement elles témoignent une modification du potentiel évolutif et leur constatation impose une thérapeutique différente. Le cylindre a un pronostic différent de la tumeur mixte habituelle.

L'EVOLUTION

N'obéit pas à un schéma bien déterminé, elle varie en fonction de la nature de la lésion et selon la modalité du traitement.

I - En l'absence de traitement, d'une manière générale elle se fait dans le sens d'un accroissement de la tumeur, soit progressivement et très lentement, s'étalant sur de nombreuses années ou plus rarement par poussées irrégulièrement espacées, s'accompagnant tout à fait exceptionnellement de phénomènes inflammatoires.

Au cours de cette longue évolution on peut voir apparaître des complications d'importance variable.

1° - Les unes ne témoignent pas d'une modification du potentiel évolutif de la tumeur et correspondent uniquement à l'accroissement du volume de la lésion.

L'ulcération traumatique, surtout fréquente dans la localisation vélopalatine, (74 % des tumeurs vélopalatines avec une fréquence double pour le palais osseux. Ennuyer Bataini). Elle provoque certaine adhérence à la muqueuse et s'accompagne d'une adénopathie réactionnelle inflammatoire.

Plus rarement une gêne fonctionnelle

et plus exceptionnellement encore des douleurs - (Sapet)

Ces deux dernières complications ont été décrites au cours de l'évolution des tumeurs mixtes du voile.

Les troubles de la déglutition et de la phonation, les otalgies sont des phénomènes purement mécaniques dus à l'importance du volume de la lésion.

2° - Les autres de conséquences plus graves imposant des réserves pronostiques essentiellement : la dissémination à distance de la tumeur.

Selon le type de ces épithéliomas à stroma remanié on note une fréquence de métastases bien différente. Les métastases sont exceptionnelles dans les tumeurs mixtes pures, bien plus fréquentes dans les cylindromes.

Les métastases des tumeurs mixtes pures

Elles sont niées par la plupart des auteurs, cependant Leroux-Robert note l'apparition possible à distance de tumeurs semblables.

Baclesse, Simonides, Kandreizotis, Kuethner et Lang publient des métastases pulmonaires de tumeurs mixtes.

Mulligan en cite retrouvées dans les os, le foie, le poumon, le rein.

Très récemment Fleming HS. dans une étude de 123 cas de tumeurs mixtes de glandes salivaires chez des malades suivis de 1922 à 1952 publie 12 cas de métastases de tumeurs mixtes ayant une image histologique typique. Elles se font pour la plupart aux ganglions régionaux, une est musculaire, une est pulmonaire, une est généralisée.

Les métastases des cylindromes

Sur 9 observations Baclesse en a retrouvé sept apparues tardivement de la 3ème à la 29ème année. L'examen systématique de nos malades présentant un cylindrome a permis de découvrir deux métastases pulmonaires évoluant déjà au jour où le diagnostic fut posé.

L'image radiologique la plus typique est la classique image en "lacher de ballons". Elle dessine de petits noyaux bien limités, de un à deux centimètres de diamètre, qui grandissent et se multiplient pour envahir dans certains cas toute l'étendue des champs pulmonaires. Dans d'autres cas, la métastase nodulaire reste assez longtemps solitaire.

Les cylindromes peuvent donner aussi des métastases osseuses (Baclesse) elles sont cependant moins fréquentes que les métastases pulmonaires.

Evolution de ces métastases

Longtemps silencieuses, découvertes d'examens systématiques, elles évoluent progressivement d'une manière à peu près semblable à la tumeur primitive. Dans le cas de métastases isolées elles sont justiciables d'un traitement radiothérapique d'une remarquable efficacité. Seules, la multiplicité et l'étendue des foyers métastatiques contre-indiquent les rayons X.

II - Après traitement la guérison est la règle, néanmoins les cylindromes peuvent donner quelquefois des métastases, notamment après exérèse chirurgicale; ces métastases ont été étudiées plus haut. Par contre, un problème plus intéressant à envisager est celui de l'apparition de récidives.

Les récidives sont fréquemment observées après exérèse des tumeurs mixtes en général et les tumeurs mixtes des glandes salivaires dites mineures n'échappent pas à cette règle.

Eggers sur 92 cas de tumeurs mixtes du palais observe deux récidives.

J. Hatziotis sur une étude de 201 cas de tumeurs mixtes du palais observe 26 récidives, soit 13 %.

Sur 13 observations du Professeur Dechaume on note deux récidives.

Ces récidives se présentent suivant 2 types bien différents :

1° - Le premier groupe les récidives se faisant avec une image histologique identique

Ces récidives sont variables dans le temps pouvant apparaître de quelques mois à des dizaines d'années après l'intervention.

Nous subdiviserons donc ce premier type de récidives en précoces et tardives.

Les précoces. Elles sont très fréquentes, les plus nombreuses, se font le plus souvent dans la cicatrice de l'intervention. 50 % se font dans les deux ans, 90 % dans les six ans (Hatziotis). Dans ce cas, le compte rendu opératoire de la première intervention nous apprend que l'énucléation de la tumeur est laborieuse du fait d'adhérences intimes, d'extension profonde. On peut supposer que la récidive est en fait la continuation du processus tumoral.

Les résultats rapportés par Hatziotis semblent confirmer cette hypothèse.

Sur 26 observations de récidives de tumeurs mixtes vélopalatines :

dans 15 cas il n'y a pas de compte rendu opératoire de la première intervention,

dans 9 cas l'énucléation est rendue difficile par des adhérences profondes,

dans 2 cas l'énucléation est facile.

Les auteurs anglo-saxons insistent d'ailleurs sur la fréquence des récidives en cas de tumeurs sans capsule bien individualisée, ou présentant des adhérences ou dont la capsule est détruite à l'intervention. Cette hypothèse n'est valable que pour les tumeurs récidivant précocément et sur le lieu même de la tumeur primitive. Elle explique plus difficilement les récidives tardives et n'explique pas les récidives à distance.

Les tardives se font de 10 à 30 ans après l'intervention primitive, sur place ou à distance. L'énucléation de la tumeur primitive est souvent facile.

Ces récidives sont plus rares.

Les observations de Howarth récidive palatine d'une tumeur mixte parotidienne 22 ans après l'intervention, (cette tumeur récidivant d'ailleurs deux ans après au niveau de la parotide).

L'observation de Cade : récidive parotidienne d'une tumeur mixte palatine.

L'observation de Berger : développement concomittant d'un foyer parotidien et palatin, plaident en faveur du développement plurifocal des tumeurs mixtes - Delarue-Redon. Le développement successif des différents foyers expliquant les récives après exérèse totale de la tumeur primitive.

2° - Le deuxième groupe les récives se faisant avec une structure histologique différente.

On ne peut l'affirmer que si l'on peut comparer les deux images tumorales. Or, en pratique courante on se heurte souvent à de grandes difficultés.

Là encore nous étudierons deux modalités :

a) L'examen de la première pièce opératoire est fait systématiquement. Il s'agit d'une tumeur mixte typique. La récive a une image histologique totalement différente :

cyllindromateuse,
myoépithéliale,
carcinomateuse,

c'est une éventualité exceptionnelle.

b) La tumeur récivée ne reproduit qu'une partie de l'image histologique de la tumeur primitive: une plage cylindromateuse par exemple. Cette éventualité est plus fréquente et pose le problème des récives en fonction de l'histologie.

Or, il semble bien que si certaines structures histologiques retrouvées dans une tumeur mixte, telles les formations épidermoïdes, n'ont aucune valeur pronostique, d'autres telles les formations cylindromateuses amènent à reconsidérer le pronostic et à regarder ces tumeurs comme de véritables cylindromes.

THERAPEUTIQUE

La conduite thérapeutique sera différente selon que l'on se trouve en présence d'une tumeur de petit volume (ne dépassant pas 3 cms dans son plus grand diamètre) ou bien ayant acquis des proportions plus importantes.

1° - En présence d'une petite tumeur

Exérèse simple, sous anesthésie locale, au bistouri, passant à distance de la lésion.

Le contrôle histologique permet de vérifier si l'ablation est totale ou s'il existe des foyers cylindromateux. Cette thérapeutique est alors suffisante sauf dans ce dernier cas.

L'évolution plus particulière du cylindrome impose : la recherche systématique des métastases et selon les auteurs soit de faire par principe un traitement radiothérapique complémentaire soit de surveiller le malade cliniquement et radiologiquement d'une façon régulière pour dépister une récurrence ou une métastase.

2° - En présence d'une tumeur plus volumineuse

C'est la biopsie qui guide la thérapeutique.

Elle est identique à celle décrite pour la tumeur de petit volume, l'ablation large s'il n'y a pas de foyer cylindromateux ou radiothérapie simple s'il s'agit d'un cylindrome pur.

La présence de foyers cylindromateux dans une tumeur mixte doit faire conseiller dans un premier temps l'exérèse aussi totale que possible, puis de la radiothérapie complémentaire immédiate. Ce traitement n'exclut évidemment pas la surveillance du malade et la recherche systématique des métastases.

Ces règles thérapeutiques ont été mises en oeuvre chez nos malades ayant une tumeur primitive ou une tumeur récidivée, (dans ce dernier cas les tumeurs primitives de type cylindromes n'avaient pas subi après ablation un traitement radiothérapique complémentaire). Ceci permet d'expliquer l'absence de récurrence après 5 ans. Par contre, les métastases notamment les pulmonaires ont été dépistées au cours de l'examen clinique systématique. Dans les cas observés, leur dissémination interdisant tout traitement radiothérapique. Il faut d'ailleurs rappeler que ces métastases évoluent très lentement de manière identique à celle de la tumeur primitive.

CONCLUSIONS

Une revue générale et l'étude de treize observations d'épithéliomas à stroma remanié de la cavité buccale dont huit ont été suivies pendant plus de cinq ans et dont quatre autres présentent actuellement un recul minimum de deux ans et demi permettent d'insister sur quelques aspects de ces tumeurs.

1°) Elles ne se développent pas en n'importe quel point de la muqueuse buccale. Elles siègent essentiellement au niveau de certaines glandes salivaires dites accessoires et par ordre de fréquence, au niveau du palais et du voile, de la lèvre supérieure, du trigone rétromolaire et enfin du plancher de la bouche (avec pour cette dernière localisation des réserves quant à la possibilité de développement à partir de la glande sublinguale ou du prolongement sus mylohyoïdien de la glande sous maxillaire).

2°) A toutes ces localisations elles présentent en réalité une symptomatologie clinique presque identique : petite tumeur unique ou lobulée recouverte d'une muqueuse normale, bien limitée évoluant très lentement sans signes fonctionnels ni adénopathie. Les seules différences notées tiennent uniquement à la localisation.

3°) Les signes cliniques sont trop imprécis et imposent, soit une biopsie exérèse, ce qui est de règle sur ces tumeurs dont le plus grand diamètre ne dépasse que rarement trois centimètres, soit une biopsie profonde et bien orientée pour des tumeurs plus volumineuses.

4°) L'examen histologique permet de distinguer deux variétés principales d'épithéliomas à stroma remanié :

Les uns : tumeurs mixtes dites de type courant.

Les autres : cylindromes et tumeurs mixtes avec foyers cylindromateux.

5°) Dans nos observations deux récidives ont été notées, elles provenaient de tumeurs du plancher de la bouche dont la localisation primitive exacte n'a pu être précisée. Dans les deux cas il s'agissait de cylindromes n'ayant pas été traités initialement ou après exérèse, par les rayons X.

6°) La fréquence des récidives des tumeurs mixtes de la cavité buccale évaluée d'après la plupart des auteurs à environ 13 % contraste avec la lente évolution et l'apparente bénignité de ces tumeurs.

L'étude des cas de récidives publiés dans la littérature française et étrangère nous conduit à penser :

que les récidives précoces proviennent d'exérèses incomplètes.

que les récidives tardives ont une image histologique pratiquement semblable à la tumeur primitive ne témoignant donc pas de modification de leur potentiel évolutif.

7°) La conduite thérapeutique est actuellement bien réglée.

L'exérèse large des tumeurs mixtes dites de type courant est une thérapeutique suffisante.

En revanche, les cylindromes et les tumeurs mixtes à foyers cylindromateux imposent :

- a) La recherche des métastases, essentiellement pulmonaires, plus rarement ganglionnaires ou osseuses.
 - b) Un traitement radiothérapique local même après exérèse apparemment complète de la tumeur.
-

Vu, le Doyen

Signé : L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur

de l'Académie de Paris

Signé : J. SARRAILH

Vu, le Président de Thèse

Signé : M. DECHAUME

- Abel W.G.
1950 Surgical and allied discases of the Salivary glands and ducts.

Arch. of Otolaryng 52.622.638 - Oct. 1950
- Ackermann R.
1952 Tumeurs dites mixtes des lèvres
Thèse de Paris 1952.
- Alhbom H.E.
1935 Mucous and Salivary gland tumors - Acta Radiol.
Suppl.33 page 1.-452 - 1935 -
- Antuono Gd'
1949 Pronostic histologique des tumeurs mixtes des glandes salivaires.
Bulletin du cancer - T.36 - n° 1-1949 - page 40
- ASH Je
1947 Mixes tumors of Salivary gland type - Amer -
J. Orthodontics and Oral Surgery. 33/5- 522 July 1947. In Rev; de Stomatol. 50.10.11-596 - 1949.
- Baclesse
1940-1941 Radiosensibilité et métastases observées au cours des cylindromes et des tumeurs mixtes des grandes salivaires. Bulletin du Cancer 29/3 - 260 - 1940.
- Baclesse
1946 Les métastases et la radiosensibilité des cylindromes et des tumeurs mixtes des glandes salivaires. Revue de Stomatol. T.47 - N° 11-12 - P. 469.
- Bauer WH and
Bauer JD
1953 Classification of Glandular tumors of Salivary glands. Arch. of Pathol. 55. 328 - 1953
- Bauer WH and
Fox RA
1945 Adénoépithélioma (cylindroma) of palatal mucous gland. Arch. of Pathol. 39 : 96 - 1945
- Benecke und
Schroeder
1939 Ueber experimentelle Geschwulsterzeugung in Speicheldrussen. Z. Krebsforschung 114 - 1939 -
- Berard
- Berger A.
1950 Mixed tumor of the palat.
J. Oral Surgery - 8 p. 208
- Berger
1897 Tumeurs mixtes du voile du palais
Revue de chirurgie
P. 361 - 470 - 551 - 1897
- Bernier Joseph
1946 Mixed tumor of the lip
J. of Oral Surgery - July 1946 - n° 13.
- Billroth T.
1859 Beobachtungen über Geschwülste der Speicheldrüsen
Arch. f. Path. Anot. 17 - 357 - 1859.

- Cade St
1949 Malignant diseases and its treatment by radium.
Vol. II - London 1949.
- Cernea Sokermann
1954 Tumeur des lèvres
Actualités odonto-stomatologiques
n° 25 - page 71 - 1954
- Cook Thomas J.
DDS Miamis Flo.
1949 Mixed tumor of the palate
Oral Surgery vol. 2 - 1949
P. 1546
- Cutler M.
Mixed tumors of the Palate. Late résultats in five
cases treated by telecurietherapy - Amer. J. Of.
Roentgenology and Radium Therapy 61 - 82 - Janv 1949
- Dargent M.
Cité par Hatziotis - Lyon Chirurgical 46-544 -
5-7-1951.
- Davis
1925 Pièce opératoire d'une volumineuse tumeur mixte
de la parotie - énucléo du voile du palais.
Royal soc. of Médecine - Sect. of Laryngol. Mars 1925
- Dechaume
1946 4 observations de T.M. à localisation buccale
Revue de stomatologie T. 47 - n° 11-12 p. 465.
- Dechaume-Bonneau
et Planke J.
1950 A propos d'une observation de lithiase sublinguale
confirmée par la sialographie.
La Presse Médicale - 18/10/1950 - 58 n° 63.
- Dechaume Bonneau
1951 La sialographie méthode de diagnostic dans les af-
fections des glandes salivaires.
Presse Médicale - Avril 1951 - 59 -n° 28-P.561-564
- Dechaume-Dobkewitch-Tumeur mixte du plancher buccal
1937 Société Dermatologie 1937 - p. 2085
in Revue de stomato. 1938 - p. 184
- Dechaume Payen
1953 A propos de deux tumeurs de la lèvre nécessité
de l'examen histologique.
Revue de stomato. 1953 - p. 1078
- Dechaume
Précis de stomatologie
Masson 1949
- Dechaume
1951 In Technique Chirurgicale Stomatologique de Chom-
pert. Dechaume & Richard - p. 282 - PARIS 1951
- De Larabie
Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes sali-
vaires de la muqueuse buccale. Arch. Générales de
Médecine 25-537 - 26 p. 34 - 1890.
- Dubecq XJ et
Maronneaud P.
1946 Les tumeurs palatines d'origine glandulaire.
Revue de stomatologie 47-345 - 1946.

- Howarth
1937 Tumors of palate and fauces
J. of laryngol. anotol. 52-1 - 1937
- Hinsberg V.
1889 Beiträge zur entwicklungsgeschichte und Natur der
Mundspeicheldrüesengeschwülste - Deuts. Zeischrf. f
Chir. 51 - 281 - 1899.
- Kaltschmied C.F.
1752 Tumore schirrhoso Trium cum quadrante librarum
glandulae parotidis extirpato. 1752 - Vienna Lit.
Tennemannianis.
- Kuettner
1926 Handbuch der proktischen Chir.
B. d. 1 - 1926.
- Kuzma J.F.
1943 Myoépithélial prolifération in the human Breast
Am. J. Path. 19.473 - 1943
- LANG F.
Pathologische Anatomie der grossen kopfspeichel-
drüesen sogennante, mischgeschwuelste der Speichel-
druesen. Handbuch der Spez. Path. Anat. und Histol.
Henke u. Lubarsch, Bd 5, 1929.
- Leto L.
1906 Tumore histo del palato
Arch. Ital. di Laringologia 1906. p. 112
- Leroux et
Leroux Robert Les tumeurs "mixtes" des glandes salivaires et des
autres formations glandulaires cervico-faciales.
1936 Ann. d'oto-laryngol 1936 - p. 113
- Leroux Robert
Friez et Vrasse A propos des épithéliomas salivaires dits tumeurs
1941 mixtes.
Société de Stomatologie de Paris - 2/10/1941
Revue de Stomatologie - 1941 - page 410
- Leroux Roger
1926 A propos des tumeurs des glandes salivaires.
Ass. française pour l'étude du cancer - 18/1/1926
- Leroux Roger
1943 A propos des tumeurs dites mixtes des glandes sa-
livaires. Bulletin de l'Académie de Médecine 1943
- p. 43.
- Mc Farland J.
1936 Three hundred mixed salivary tumors of which -
69 reccured.
Surg. gynec. and obst. - Oct. 1936
63.4 - 457
- Mc Farland J.
1926 Ninety tumors of the parotid région
Amer. J. of Méd. Sci. 172 - 804 - 1926
In Journal de Chirurgie - 29-315 - 1927
- Marshall and
Miles Tumors of the submaxillary and parotid gland area.
1947 Surg. Clin. North Amer. 27 - 501 - June 1947.

- Masson Atlas du Cancer - Fasc. III et IV 1924
- Minssen Ueber Gemischte Geschwülste der Parotis - Inaug. Diss. Göttinger 1874 -
- Mulligan RM Métastasis of mixed tumors of the salivary glands. Arch. Path. 35 - 357 - 1943.
- Payen 1955 La biopsie et les examens complémentaires Encyclopédie médico-chirurgicale. 22.114 - A10 - p. 1 - Octobre 1955.
- Peele J.C. 1951 Uncommon conditions in the field of Otolaryngology seen in office practice. Arch. Of Otolaryngol. 53/5 - 493 - May 1951
- Peri (Alger) 1946 Cylindrome du plancher de la bouche Revue de stomato. T. 47 - nos 5-6 1946 - p. 153
- Planteau 1876 Contribution à l'étude des tumeurs de la parotide Thèse Paris 1876
- Poirier et Nicolas Traité d'anatomie humaine. Tome IV
- Sapet M. 1939 Les tumeurs mixtes des glandes salivaires du palais Thèse PARIS 1939.
- Sappey Traité d'anatomie.
- Siebold Ch. G 1793 Dissertation de squirrho parotidis ejusque cura, cume annexa extirpatae historia. 1793
- Siebold J.B. 1797 Historia systematis salivalis physiologica et pathologica considerata accessoria doctrinacollaris chirurgica - Jena 1797.
- Simonides et Kandreizotis 1947 L'histogénèse des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires et des cylindromes étudiés à l'occasion de 2 cas ayant donné des métastases. Nossokomiaka Chronika - vol. 3 - 1947 - Athènes
- Singleton A.O. 1941 and Duren N. Tumors of salivary glands. Texas St.J. Med 36 - 784 - 1941.
- Streath FE 1942 Mixed tumors of the palat. Ann. J. Orthodontic et oral surg. 28 - 169
- Thibault Parent Corbeil 1949 Tumeur mixte du palais - Revue de stomato - 1949 - page 457

- Virchow R. Die Kraukhaften Geschwülste - Berlin 1863
Rapport par Helling Guttler Hatziotis.
- Volkman R. Ueber endotheliale Geschwulste - Zugleich ein.
1895 Beitrag zu den Speicheldrussen und Gaumenturmen
Deutsch - Ztschr f. Chir. 41 - 107 - 1895
- Vaheri E. Über sogenannte Mischgeschwülste
1935 der Oberlipp
Acta Chir. Scandinav. 1935 - 76 - 577
- Ward G.E. Diagnosis and treatment of tumors of the head
Hendrich J W and neck - Baltimore - 1950
- Wood F.C. Mixed tumors of salivary glands - Ann - Surg. 39
1904 57 - 202 - 1904.

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillain, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lemierre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut.

ASSESEUR Jean VERNE

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	Cordier (G.)
Anatomie pathologique	Delarue (A.)
Bactériologie	N...
Biologie appliquée à l'Education physique & aux Sports.	Chailley-BERT (P.)
Biologie médicale	Verne (J.)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Carcinologie	Oberling (C.)
Chimie médicale	Jayle (M.F.)
Cliniques	Brocq (P.)
chirurgicales	De Gaudart-D'Allaines (F.)
	N...
	Quénu (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice & Horthopédique	Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de cardiologie	Mouquin (M.)
Clinique de chirurgie infantile & d'orthopédie	Fèvre (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	Monod (R.)
Clinique de la tuberculose	Bernard (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	Petit-Dutaillis (D.)
Clinique de puériculture	Lelong (M.)
Clinique de maladies cutanées & syphilitiques	Degos (R.)
Clinique des maladies du sang ...	Chevallier (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	Alajouanine (T.)
Clinique des maladies des enfants	Debré (R.)
Clinique des maladies infectieuses	Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales & de l'encéphale	Delay (J.)
Clinique gynécologique	Funck-Brentano (P.)

Cliniques	{ Hôtel-Dieu	N....
médicales	{ Bichat	N....
	{ Cochin	Moreau (R.)
	{ Broussais	De Gennes (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		Justin-Besançon (L.)
Clinique médicale propédeutique		Pasteur Vallery-Radot (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré & des maladies de la nutrition		Boulin (R.)
Cliniques obstétricales	{ Tarnier	Lantuejoul (P.)
	{ Baudelocque	N...
	{ Port-Royal	Lacomme (M.)
Clinique ophtalmologique		Velter (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique ..		Aubin (A.)
Clinique physio-pathologique		Richet (C.)
des problèmes alimentaires.		
Clinique Psychiatrique infantile		Heuyer (C.)
Clinique rhumatologique & sociale		Coste (F.)
Clinique stomatologique		Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		Sénèque (J.)
Clinique thérapeutique médicale		Lemairo (A.)
Clinique urologique		Fey (B.)
Embryologie		Giroud (A.)
Génétique médicale		Lamy (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Histologie		N....
Hygiène et clinique de la première enfance		Cathala (J.)
Hygiène et médecine préventive		Joannon (C.)
Médecine du Travail		Desoille (H.)
Médecine légale		Piédelièvre (R.)
Parasitologie & histoire naturelle médicale		Galliard (H.)
Pathologie chirurgicale		Ménegaux (G.)
Pathologie exotique		Lavier (G.)
Pathologie expérimentale & comparée		Lenègre (J.)
Pathologie humorale & immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)		Merklen (F.P.)
Pathologie médicale		Bariéty (M.)
Pathologie & Thérapeutique générales		Garcin (J.)
Pédiatrie sociale		Marie (J.)
Pharmacologie & matière médicale ..		Hazard (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)		Dognon (A.)
Physiologie		Binet (L.)
Physique médicale		Strohl (A.)
Radiologie médicale		Desgrez (H.)
Technique chirurgicale		Moulonguet (P.)
Thérapeutique		Turpin (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	{ Delmas(A), pr.s.ch. Debeyre (J.) Olivier N...		{ Lortat-Jacob(J.) Olivier (Ci) Poillaux (F.) Verne (J.M.)
		Pathologie	{ N. ..
Anatomie	{ Gauthier-Villard pr. s. ch.	chirurgicale	{ N. ..
pathologique	{ Busser (F.) Gouygou (Ch.)		{ N. ..
			{ N. ..
Bactériologie	{ Névot (A.) N. ...		{ N. ..
			{ N. ..
Biochimie	{ Ettori (J) pr.s.ch.		{ N. ..
médicale	{ N. ..	Pathologie	{ N. ..
	{ N. ..	expérimentale	{ N. ..
Biologie			
médicale	{ Bourlière (F.)		{ Bernard (J.) Boudin (G.) Castaigne (P.) Conte (M.) Domart (A.) Lamotte (M.) Laroche (Cl.) Milliez (P.) Péquignot (H.) Perrault (M.) Rambert (P.) Thieffry (St.) Turiaf (J.)
Dermato-Syphi- ligraphe	{ Duperrat (F.)	Pathologie	{ N. ..
Embryologie	Tuchmann	médicale	{ N. ..
			{ N. ..
Histologie	{ Bulliard (H) pr.s.ch. N. ... N. ...		{ N. ..
			{ N. ..
Hydrologie	N. ...		{ N. ..
			{ N. ..
Hygiène	{ Boyer (J) pr.s.ch. Deparis (M) "		{ N. ..
			{ N. ..
Maladies	{ N. ...		{ N. ..
infectieuses			{ N. ..
			{ N. ..
Médecine léga- le & du trav.	{ Derobert(L) pr.s.ch. Gaultier (M) Hadengue (A) N. ..		{ N. ..
			{ N. ..
Neurochirurgie	David (M.)	Pédiatrie	{ Joseph (R.) N. ..
Neurologie	N		{ N. ..
			{ Cheymol J, pr.s.ch. Levy J. pr.s.ch. Barjeton D. "
	Grasset (J.)	Pharmacologie	{ Parrot Dejours (P.) Djourno A, pr.s.ch. Gougerot (L.) Kreiss
	Lepage (F.)		{ N. ..
	Merger (R.)		{ N. ..
Obstétrique ..	Morin (P.)	Physiologie	{ N. ..
	Ravina (J.)		{ N. ..
	N. ..	Physique médical	{ N. ..
	N. ..	Pneumo-Phtisiol.	{ N. ..
Optalmologie	{ Desvignes (P.) N. ...	Psychiatrie	{ N. ..
		" Inf.	{ Michaux (Z.)
Orthopédie ..	Judet (R.)		

